

Clover Health

Autorización voluntaria para la divulgación de información de salud protegida

Voluntariamente autorizo a Clover Health a divulgar mi información de salud protegida que se detalla a continuación a las personas u organizaciones que menciono en este formulario.

Comprendo que las personas u organizaciones pueden, a su vez, divulgar mi información de salud protegida y esta ya no estará protegida por ley.

1. Información de contacto:

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Número de teléfono:

Identificación del miembro de Clover:

Correo electrónico:

2. Autorizo a las siguientes personas u organizaciones a recibir mi información de salud protegida:

Nombres:

Organización (si corresponde):

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

3. Autorizo a proporcionar el siguiente tipo de información:

La autorización para divulgar información sobre psicoterapia debe estar por separado y no se puede combinar con la divulgación de ninguna otra información. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

☐ Plan de beneficios o inscripción

☐ Pagos (p. ej., facturas, reclamaciones)

☐ Todos los registros de salud (o seleccione los servicios específicos a continuación):

☐ Órdenes médicas

☐ Alergias

☐ Resultados de pruebas
de diagnóstico

☐ Notas sobre progreso

☐ Resumen del alta

☐ Notas sobre patología

☐ Medicamentos actuales/anteriores

☐ Informes de radiología

☐ Exámenes físicos/Antecedentes

☐ Informes sobre operaciones

☐ Información confidencial (deberá colocar sus iniciales para divulgar la siguiente información):

(inicial) Registros de salud mental (no
incluye notas sobre psicoterapia)

(inicial) Información genética (incluye
resultados de pruebas genéticas)

(inicial) Registros sobre abuso
de sustancias, alcohol o drogas

(inicial) Resultado de la prueba/Tratamiento de
VIH/SIDA, tuberculosis u otra ETS

☐ Otro: _____

Clover Health

Autorización voluntaria para la divulgación de información de salud protegida

4. El objetivo o motivo que justifica esta divulgación es el siguiente:

- | | | |
|--|--------------------------------------|--|
| ☐ Uso personal | ☐ Seguro | ☐ Investigación |
| ☐ Atención médica adicional | ☐ Incapacidad | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Abogado | ☐ Educación | |

5. Duración de la autorización:

Esta autorización estará vigente hasta que ya no sea miembro de Clover Health o hasta _____, (fecha o evento) en que expira esta autorización.

Usted tiene derecho a revocar su autorización por escrito en cualquier momento si envía una declaración firmada y fechada por escrito a Clover Health – P.O. Box 471, Jersey City, NJ 07303, indicando que usted (el miembro) revoca su autorización para divulgar registros de salud, excepto en los casos en que dicha acción ya se haya realizado sobre la base de su autorización. Si usted autorizó la divulgación de registros relacionados con abuso de sustancias o alcohol, puede revocar dicha autorización verbalmente. La revocación de cualquier otro registro de salud deberá realizarse por escrito.

Tuve la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Confirmando que el contenido se ajusta a mis instrucciones. Asimismo, entiendo que la elegibilidad para los beneficios de salud, la inscripción en un plan de salud y el tratamiento no se verán afectados por mi decisión de firmar esta autorización o no hacerlo.

- ☐ Marque esta casilla si firma en calidad de representante personal autorizado y proporcione sus datos a continuación. Adjunte la documentación correspondiente (p. ej., poder notarial, orden judicial).

Nombre en letra de imprenta: _____

Relación con el miembro: _____

Firma:

Fecha:

Envíe este formulario por correo postal a la siguiente dirección:

Clover Health
P.O. Box 471
Jersey City, NY 07303

O envíe este formulario por fax al siguiente número:

ATTN: Mailroom
1-551-226-5351

Correo electrónico:

PO_Box_471@cloverhealth.com